

Inclusão e acessibilidade: ações de educação em saúde direcionadas a alunos com deficiência ou necessidades educacionais especiais

Inclusion and accessibility: health education actions aimed at students with disabilities or special educational needs

Sideny Pereira de Paula¹; Marilaura Chamorro²; Ana Paula de Figueiredo³; Pauline Viviane Fernandes de Souza⁴; Nancy Miranda Batista Nakamura⁵; Regina Célia Alves⁶; Altevir Etchegaray Silva⁷; Dirceu Lopes Costa⁸; Marisa Maria Paula⁹; Neusa Vieira Peres¹⁰; Eloísa Maria Paiva Barros¹¹; Oldair Donizete Galeni¹²

Resumo

A educação em saúde desenvolvida no ambiente escolar constitui importante estratégia para promoção da autonomia, prevenção de agravos, desenvolvimento de hábitos saudáveis e fortalecimento da cidadania. Entretanto, para que essas ações alcancem todos os estudantes, torna-se necessário considerar as necessidades específicas das pessoas com deficiência e de alunos que apresentam necessidades educacionais especiais, garantindo acessibilidade física, comunicacional, pedagógica, informacional e atitudinal. O presente estudo tem como objetivo analisar estratégias de educação em saúde direcionadas a estudantes com deficiência ou necessidades educacionais especiais, discutindo desafios e possibilidades para construção de práticas inclusivas no ambiente escolar. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, fundamentada em estudos científicos, legislação e documentos institucionais relacionados à inclusão, acessibilidade, educação especial, promoção da saúde e Programa Saúde na Escola. A análise demonstra que barreiras

¹ Secretária de Educação do Estado do Amazonas – Manaus – AM – Brasil.

² Universidad Privada Del Este Medicina – Ciudad del ESTE – Paraguay – Brasil

³ Universidade Ibirapuera, Anhanguera e Cruzeiro do Sul – São Paulo – SP – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7541-1539>

⁴ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

⁵ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil

⁶ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil

⁷ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil

⁸ Secretária de Educação do Estado do Amazonas – Manaus – AM – Brasil.

⁹ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹⁰ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil

¹¹ Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia – MG – Brasil.

¹² Universidade Federal de Uberlândia – MG – Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0586-9234>

comunicacionais, materiais educativos inadequados, falta de capacitação profissional, preconceito, dificuldades estruturais e fragilidades na articulação entre saúde e educação podem limitar a participação dos estudantes. Estratégias baseadas em recursos acessíveis, tecnologias assistivas, linguagem simples, materiais visuais e táteis, Língua Brasileira de Sinais, audiodescrição, comunicação alternativa, adaptação das metodologias e participação ativa dos estudantes podem ampliar o alcance das ações educativas. Destaca-se ainda a necessidade de articulação entre profissionais da saúde, professores, atendimento educacional especializado, famílias e comunidade escolar. Conclui-se que educação em saúde inclusiva não consiste apenas em permitir a presença do estudante nas atividades, mas em assegurar condições efetivas para compreensão, participação, autonomia e exercício do direito à saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Pessoa com deficiência. Inclusão escolar. Acessibilidade. Saúde escolar.

Abstract

Health education developed within the school environment is an important strategy for promoting autonomy, preventing health problems, encouraging healthy habits, and strengthening citizenship. However, for these actions to reach all students, it is necessary to consider the specific needs of persons with disabilities and students with special educational needs, ensuring physical, communicational, pedagogical, informational, and attitudinal accessibility. This study aims to analyze health education strategies directed toward students with disabilities or special educational needs, discussing challenges and possibilities for developing inclusive practices within schools. This is a narrative literature review with a qualitative, descriptive, and exploratory approach, based on scientific studies, legislation, and institutional documents related to inclusion, accessibility, special education, health promotion, and the School Health Program. The analysis indicates that communication barriers, inappropriate educational materials, insufficient professional training, prejudice, structural limitations, and weaknesses in coordination between health and education can restrict student participation. Strategies involving accessible resources, assistive technologies, plain language, visual and tactile materials, Brazilian Sign Language, audio description, alternative communication, methodological adaptations, and active student participation can expand the reach of health education initiatives. Coordination among healthcare professionals, teachers, specialized educational services, families, and the school community is also essential. It is concluded that inclusive health education goes beyond allowing students to be present in activities; it requires effective conditions for understanding, participation, autonomy, and the exercise of the right to health.

Keywords: Health education. Persons with disabilities. School inclusion. Accessibility. School health.

1 Introdução

A educação e a saúde constituem direitos fundamentais e apresentam estreita relação com o desenvolvimento humano, autonomia, qualidade de vida e participação social. No ambiente escolar, essa integração adquire especial importância, pois a escola representa espaço privilegiado para formação de conhecimentos, valores, atitudes e práticas capazes de influenciar comportamentos relacionados à saúde ao longo da vida.

A educação em saúde no contexto escolar não deve ser compreendida exclusivamente como transmissão de informações sobre doenças. Sua finalidade é mais ampla e envolve promoção da saúde, prevenção de agravos, fortalecimento da autonomia, desenvolvimento do autocuidado e estímulo à participação dos estudantes na construção de ambientes mais saudáveis.

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE) constitui uma das principais estratégias de integração entre os setores da Saúde e da Educação. Instituído em 2007, fundamenta-se na articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde, buscando contribuir para atenção integral e formação dos estudantes.

As ações desenvolvidas no PSE contemplam diferentes temas, incluindo alimentação saudável, atividade física, saúde bucal, saúde auditiva, saúde ocular, saúde sexual e reprodutiva, prevenção das violências, cultura de paz, prevenção do uso de álcool e outras drogas e promoção da saúde mental.

Entretanto, para que essas iniciativas sejam coerentes com os princípios de universalidade, equidade e inclusão, precisam considerar a diversidade existente entre os estudantes. Crianças e adolescentes com deficiência podem encontrar barreiras que limitam acesso às informações e participação nas atividades educativas quando os recursos e metodologias são planejados segundo um modelo único de aprendizagem e comunicação.

A deficiência não deve ser interpretada exclusivamente a partir das limitações individuais. O modelo social e a perspectiva contemporânea dos direitos humanos reconhecem que a participação pode ser restringida pela interação entre características individuais e barreiras existentes no ambiente.

Essa compreensão encontra respaldo na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, que busca assegurar o exercício de direitos e liberdades

fundamentais em condições de igualdade. A legislação estabelece o direito à educação inclusiva e determina a adoção de recursos de acessibilidade capazes de eliminar barreiras e promover participação e aprendizagem.

No campo da saúde, a acessibilidade também constitui requisito fundamental. Informações sobre higiene, alimentação, sexualidade, saúde mental, prevenção de doenças, medicamentos e autocuidado precisam ser disponibilizadas em formatos compreensíveis e acessíveis aos diferentes estudantes.

Um material educativo baseado exclusivamente em texto impresso, por exemplo, pode apresentar barreiras para estudantes com deficiência visual. Uma palestra baseada apenas em comunicação oral pode excluir estudantes surdos. Conteúdos excessivamente abstratos ou complexos podem dificultar a participação de alguns estudantes com deficiência intelectual.

A acessibilidade, portanto, não pode ser tratada como adaptação realizada somente depois que a barreira foi identificada. Sempre que possível, as ações devem ser planejadas desde sua concepção para alcançar a maior diversidade possível de participantes.

Essa perspectiva aproxima-se dos princípios do desenho universal, que busca desenvolver ambientes, produtos, programas e serviços utilizáveis pelo maior número possível de pessoas, reduzindo a necessidade de adaptações posteriores.

No ambiente educacional, estratégias inclusivas podem envolver materiais em Braille, fontes ampliadas, contraste adequado, recursos táteis, audiodescrição, Língua Brasileira de Sinais (Libras), legendas, pictogramas, comunicação alternativa e aumentativa, linguagem simples e recursos digitais acessíveis.

Entretanto, a inclusão não depende exclusivamente de tecnologias. Barreiras atitudinais podem ser igualmente importantes. Preconceito, infantilização, superproteção, baixa expectativa sobre a capacidade do estudante e ausência de oportunidades de participação podem comprometer autonomia e aprendizagem.

Outro aspecto importante corresponde à heterogeneidade existente entre as pessoas com deficiência. Duas pessoas com o mesmo diagnóstico podem apresentar necessidades

comunicacionais e educacionais distintas. Por essa razão, adaptações devem considerar características e preferências individuais.

O Atendimento Educacional Especializado (AEE) pode contribuir significativamente para esse processo. Sua finalidade inclui identificar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade capazes de eliminar barreiras e favorecer acesso, participação e aprendizagem.

A articulação entre profissionais da saúde e do AEE pode ampliar a capacidade de planejamento das ações educativas. Professores especializados conhecem recursos e estratégias pedagógicas que podem contribuir para adaptar conteúdos relacionados à saúde às necessidades dos estudantes.

A família também ocupa posição relevante. Pais e responsáveis podem oferecer informações sobre formas de comunicação, recursos utilizados, necessidades específicas e estratégias que favorecem a participação.

Entretanto, o estudante deve permanecer no centro desse processo. Sempre que possível, ele precisa ser consultado sobre suas necessidades e preferências. A perspectiva contemporânea da inclusão enfatiza participação e autonomia, evitando que decisões sejam tomadas exclusivamente por adultos ou profissionais.

A Organização Mundial da Saúde destaca que pessoas com deficiência enfrentam desigualdades evitáveis em saúde e recomenda incorporar a inclusão da deficiência ao planejamento, à governança e à organização dos sistemas de saúde.

A escola apresenta potencial significativo para contribuir com a redução dessas desigualdades. Ao oferecer educação em saúde acessível desde a infância e adolescência, pode fortalecer conhecimentos e competências necessários para autocuidado e utilização dos serviços de saúde.

A intersetorialidade constitui condição indispensável. Professores não devem assumir isoladamente responsabilidades relacionadas à saúde, assim como profissionais de saúde precisam compreender as características pedagógicas do ambiente escolar.

O PSE baseia-se justamente nessa articulação. Saúde e educação devem construir conjuntamente estratégias adequadas ao território e à realidade da comunidade escolar.

Em 2026, o Ministério da Saúde realizou consulta pública destinada à revisão e atualização do Caderno Temático do PSE “O que é Deficiência”, demonstrando a atualidade da necessidade de alinhar práticas escolares de promoção da saúde aos marcos contemporâneos de direitos e inclusão.

No mesmo período, a Política Nacional de Educação Especial Inclusiva reforçou a necessidade de assegurar acesso, permanência, participação e aprendizagem, reconhecendo a importância de apoios e recursos para eliminar barreiras.

Diante desse cenário, estabelece-se como questão norteadora: quais estratégias podem tornar as ações de educação em saúde acessíveis e inclusivas para estudantes com deficiência ou necessidades educacionais especiais?

Este estudo justifica-se pela necessidade de fortalecer a integração entre saúde, educação e inclusão, contribuindo para que atividades educativas não reproduzam barreiras presentes na sociedade.

Assim, pretende-se analisar os desafios e as possibilidades para o desenvolvimento de ações inclusivas de educação em saúde, considerando acessibilidade comunicacional, metodológica e atitudinal, capacitação profissional, participação dos estudantes e articulação intersetorial.

2 Revisão da literatura

2.1 Deficiência sob a perspectiva dos direitos humanos

A compreensão contemporânea da deficiência representa mudança importante em relação aos modelos historicamente centrados exclusivamente no diagnóstico e na limitação individual.

A perspectiva de direitos humanos reconhece que pessoas com deficiência são sujeitos de direitos e que muitas limitações à participação decorrem das barreiras existentes na sociedade.

A Lei Brasileira de Inclusão incorporou essa compreensão ao ordenamento jurídico brasileiro e estabeleceu medidas destinadas a assegurar igualdade de oportunidades, acessibilidade, educação e saúde.

Essa perspectiva modifica também a educação em saúde. O estudante deixa de ser compreendido como receptor passivo de cuidados especiais e passa a ser reconhecido como participante do processo educativo.

2.2 Inclusão escolar e educação especial inclusiva

Inclusão escolar significa garantir mais do que matrícula. O estudante precisa encontrar condições para permanecer, participar e aprender. Isso exige identificação e eliminação de barreiras arquitetônicas, comunicacionais, pedagógicas e atitudinais. A atual Política Nacional de Educação Especial Inclusiva reforça essa concepção, orientando a organização de apoios destinados a garantir acesso, permanência, participação e aprendizagem. No contexto da educação em saúde, essa garantia significa que atividades desenvolvidas com a turma precisam considerar também os estudantes que utilizam diferentes formas de comunicação e aprendizagem.

2.3 Educação em saúde no ambiente escolar

A escola constitui espaço estratégico para promoção da saúde porque reúne estudantes durante período significativo de suas vidas e possibilita trabalhar conhecimentos relacionados à saúde de maneira integrada ao desenvolvimento educacional.

A OMS considera as escolas importantes plataformas para melhoria da saúde e do bem-estar e, em orientação publicada em 2026, reforça a necessidade de serviços escolares de saúde abrangentes, equitativos e inclusivos. A educação em saúde deve privilegiar metodologias participativas, permitindo que os estudantes relacionem os conteúdos às próprias experiências.

2.4 Programa Saúde na Escola e intersetorialidade

O PSE representa importante estrutura para implementação de ações educativas inclusivas. Sua base consiste na articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde. Essa integração permite que necessidades identificadas no ambiente escolar sejam discutidas conjuntamente pelas equipes.

A intersectorialidade exige mais do que profissionais de saúde realizarem atividades pontuais dentro das escolas. Pressupõe planejamento, definição de responsabilidades, acompanhamento e avaliação compartilhados. Para estudantes com deficiência, essa integração pode envolver também AEE, família e outros serviços da rede de proteção social.

2.5 Acessibilidade comunicacional

A comunicação constitui um dos principais elementos para efetividade da educação em saúde. Informações que não podem ser percebidas ou compreendidas pelo estudante não cumprem sua finalidade educativa. Para estudantes surdos, podem ser necessárias Libras, legendas, recursos visuais ou outras estratégias conforme a forma de comunicação utilizada. Para estudantes com deficiência visual, materiais em Braille, recursos táteis, audiodescrição e documentos digitais compatíveis com leitores de tela podem ampliar o acesso.

Para estudantes com deficiência intelectual, linguagem simples, frases objetivas, exemplos concretos, pictogramas, repetição e divisão das informações em etapas podem favorecer a compreensão. A escolha deve considerar as necessidades individuais, evitando pressupor que uma mesma adaptação seja adequada para todas as pessoas com determinada deficiência.

2.6 Acessibilidade física e ambiental

A inclusão também depende das condições do ambiente onde a atividade ocorre. Salas inacessíveis, ausência de rampas, mobiliário inadequado, corredores estreitos ou falta de banheiros acessíveis podem impedir participação antes mesmo do início da ação educativa. Além da mobilidade, elementos como iluminação, ruído, organização espacial e estímulos sensoriais podem interferir na participação de alguns estudantes. A seleção do espaço precisa, portanto, integrar o planejamento da ação.

2.7 Acessibilidade pedagógica e metodológica

Metodologias tradicionais baseadas exclusivamente em exposição oral apresentam limitações para diferentes estudantes, com ou sem deficiência. Estratégias multimodais podem ampliar participação ao combinar fala, imagens, objetos, demonstrações práticas, atividades corporais, vídeos acessíveis e materiais manipuláveis.

O princípio central consiste em oferecer diferentes maneiras de acessar a informação e demonstrar aprendizagem. Uma atividade sobre higiene das mãos, por exemplo, pode combinar demonstração, imagens sequenciais, objetos, prática supervisionada e recursos táteis.

2.8 Tecnologias assistivas

Tecnologias assistivas podem contribuir para comunicação, mobilidade, acesso às informações e autonomia.

Esses recursos incluem desde dispositivos de alta tecnologia até soluções simples adaptadas à realidade do estudante.

No desenvolvimento de educação em saúde, podem ser utilizados tablets com aplicativos de comunicação alternativa, leitores de tela, ampliadores, recursos auditivos, pictogramas e materiais adaptados. A tecnologia, entretanto, não substitui o planejamento pedagógico. O recurso precisa possuir finalidade clara e ser familiar ao usuário.

2.9 Saúde sexual e reprodutiva

A educação sexual de estudantes com deficiência merece atenção especial. Historicamente, pessoas com deficiência foram frequentemente infantilizadas ou consideradas assexuadas, o que pode limitar seu acesso a informações fundamentais sobre corpo, consentimento, relacionamentos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e violência. Educação sexual acessível constitui instrumento de autonomia e proteção.

Os conteúdos precisam ser adequados à idade, ao desenvolvimento e às necessidades comunicacionais, preservando os mesmos direitos à informação reconhecidos aos demais estudantes.

2.10 Saúde mental e inclusão

A experiência de discriminação, exclusão, bullying e isolamento pode interferir no bem-estar psicológico dos estudantes. A promoção da saúde mental no ambiente escolar precisa incorporar uma perspectiva inclusiva, valorizando a diversidade e pertencimento. Ações de cultura de paz, prevenção das violências e combate ao capacitismo podem beneficiar toda a

comunidade escolar. O PSE inclui atualmente promoção da saúde mental entre suas ações, possibilitando integrar esse tema às estratégias intersetoriais.

2.11 Alimentação, atividade física e autocuidado

Educação alimentar e atividade física também precisam ser acessíveis. Estudantes com limitações motoras não devem ser automaticamente excluídos de ações de promoção da atividade física. As atividades podem ser adaptadas conforme capacidades e necessidades.

Da mesma forma, orientações sobre alimentação devem considerar autonomia, aspectos sensoriais, condições clínicas e realidade familiar. O objetivo deve ser ampliar possibilidades de participação, evitando abordagens que reforcem estigmas.

2.12 Prevenção de violências e capacitismo

Pessoas com deficiência podem apresentar vulnerabilidades específicas à violência e ao abuso. A educação em saúde deve incluir conteúdos relacionados à proteção, reconhecimento de situações inadequadas, consentimento e busca de ajuda. Também é necessário abordar o capacitismo, entendido como discriminação baseada na deficiência. A inclusão efetiva exige combater práticas que inferiorizam, segregam ou limitam oportunidades com base em pressupostos sobre capacidade.

2.13 Capacitação dos profissionais de saúde e educação

Profissionais podem reconhecer a importância da inclusão e, simultaneamente, sentir-se despreparados para adaptar suas atividades. A educação permanente precisa abordar deficiência, acessibilidade, comunicação, tecnologias assistivas e metodologias inclusivas. Formações conjuntas entre Saúde e Educação apresentam vantagem adicional por favorecer a compreensão das competências de cada setor. A OMS destaca a capacitação da força de trabalho entre os componentes necessários para construir sistemas de saúde mais inclusivos.

2.14 Participação da família e do estudante

A família pode contribuir com conhecimentos sobre formas de comunicação e estratégias utilizadas no cotidiano.

Entretanto, sua participação não deve substituir a voz do estudante.

O princípio “nada sobre nós sem nós”, associado historicamente ao movimento das pessoas com deficiência, reforça a importância de incluir os próprios sujeitos nas decisões que lhes dizem respeito.

As ações educativas podem ser planejadas e avaliadas com participação dos estudantes, identificando quais recursos foram efetivamente úteis.

2.15 Da adaptação à inclusão desde o planejamento

Uma mudança fundamental consiste em deixar de pensar na acessibilidade apenas como correção posterior.

Quando a atividade é planejada desde o início considerando diversidade, reduz-se a necessidade de adaptações emergenciais.

Isso implica perguntar previamente: todos conseguem acessar o espaço? Todos conseguem receber a informação? Existem diferentes formas de participar? O material digital é acessível? A linguagem é compreensível?

Essa mudança transforma acessibilidade em componente da qualidade da ação educativa.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar estratégias de inclusão e acessibilidade aplicáveis às ações de educação em saúde direcionadas a estudantes com deficiência ou necessidades educacionais especiais, identificando desafios e possibilidades para promoção da participação, autonomia e equidade no ambiente escolar.

3.2 Objetivos específicos

Compreender a relação entre educação em saúde, inclusão escolar e acessibilidade.

Identificar as principais barreiras enfrentadas por estudantes com deficiência durante ações educativas em saúde.

Analisar recursos de acessibilidade comunicacional, física, pedagógica, digital e atitudinal aplicáveis às atividades de promoção da saúde.

Discutir a contribuição do Programa Saúde na Escola para articulação entre profissionais da saúde e educação.

Analisar a importância do Atendimento Educacional Especializado na construção de estratégias acessíveis.

Discutir a participação de estudantes e familiares no planejamento das ações.

Identificar estratégias de capacitação dos profissionais para desenvolvimento de práticas inclusivas.

4 Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, desenvolvida para analisar estratégias de educação em saúde direcionadas a estudantes com deficiência ou necessidades educacionais especiais.

Foram consideradas produções científicas disponíveis em bases como Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, LILACS e PubMed/MEDLINE, além de legislação brasileira e documentos institucionais do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Mundial da Saúde e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Foram utilizados termos relacionados a “educação em saúde”, “pessoa com deficiência”, “inclusão escolar”, “acessibilidade”, “saúde escolar”, “educação especial”, “Programa Saúde na Escola” e “tecnologia assistiva”, além de correspondentes em inglês.

Foram priorizadas publicações contemporâneas relacionadas diretamente ao objeto estudado, mantendo-se documentos anteriores quando considerados fundamentais para contextualização dos direitos das pessoas com deficiência e das políticas de educação e saúde.

Os materiais foram analisados qualitativamente e organizados nos seguintes eixos: direitos e inclusão; educação em saúde; acessibilidade comunicacional; acessibilidade pedagógica; tecnologias assistivas; saúde mental; sexualidade; prevenção de violências; formação profissional; intersectorialidade; e participação do estudante.

Por utilizar exclusivamente documentos públicos e literatura científica, sem coleta direta de dados com seres humanos, o estudo não envolveu abordagem de participantes ou utilização de informações individuais identificáveis.

5 Resultados e discussão

5.1 Presença não significa participação

O primeiro aspecto identificado refere-se à necessidade de diferenciar inserção física de inclusão efetiva.

Um estudante pode estar presente em uma atividade de educação em saúde e, ainda assim, não conseguir compreender o conteúdo ou participar da dinâmica proposta.

A inclusão exige condições concretas de acesso à informação, comunicação e interação.

Essa compreensão é compatível com a legislação brasileira atual, que enfatiza acesso, permanência, participação e aprendizagem como dimensões indissociáveis.

5.2 Barreiras comunicacionais como determinantes da exclusão

As barreiras comunicacionais constituem um dos principais obstáculos. Uma palestra exclusivamente oral pode excluir um estudante surdo. Um folheto impresso sem alternativa acessível pode não atender um estudante cego.

O problema, nesse caso, não está necessariamente na deficiência, mas na forma como a informação foi produzida.

Essa mudança de perspectiva desloca a responsabilidade da adaptação exclusivamente do estudante para a organização da atividade.

5.3 Educação em saúde e equidade

Equidade não significa oferecer exatamente a mesma estratégia a todos.

Significa reconhecer que pessoas diferentes podem necessitar de recursos diferentes para alcançar oportunidades equivalentes de participação.

Na educação em saúde, isso pode exigir intérprete de Libras para determinado estudante, material tátil para outro e comunicação alternativa para um terceiro.

A diferenciação dos recursos não constitui privilégio, mas mecanismo para redução de barreiras.

5.4 Programa Saúde na Escola como espaço estratégico

O PSE apresenta grande potencial para consolidação dessas práticas.

O programa articula Saúde e Educação e prevê ações em diferentes áreas relevantes para crianças e adolescentes.

Para que esse potencial seja concretizado, as atividades precisam ser incorporadas à proposta pedagógica e planejadas considerando a diversidade sociocultural e as necessidades da comunidade escolar.

A inclusão deve atravessar todas as ações e não constituir atividade isolada destinada exclusivamente aos estudantes com deficiência.

5.5 Articulação com o Atendimento Educacional Especializado

O AEE pode atuar como importante parceiro.

Segundo orientação atual do Inep, o atendimento possui finalidade de identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade destinados a assegurar acesso, permanência, participação e aprendizagem.

O planejamento das ações de saúde pode beneficiar-se do conhecimento dos professores do AEE sobre formas de comunicação e recursos utilizados pelos estudantes.

Isso não significa transferir ao AEE a responsabilidade pelas adaptações. Inclusão é responsabilidade compartilhada.

5.6 Recursos acessíveis e tecnologias assistivas

Os resultados indicam grande variedade de possibilidades.

Vídeos podem apresentar legendas, Libras e audiodescrição. Materiais digitais podem ser preparados para leitores de tela. Cartilhas podem possuir versões em linguagem simples e fonte ampliada.

Pictogramas e sequências visuais podem facilitar explicações sobre higiene, alimentação, vacinação e utilização dos serviços.

Modelos anatômicos e materiais táteis podem favorecer a compreensão de determinados conteúdos.

A escolha dos recursos deve ser orientada pelas necessidades reais dos estudantes, e não pela simples disponibilidade tecnológica.

5.7 Metodologias participativas

Aulas expositivas não devem constituir a única estratégia.

Oficinas, jogos acessíveis, dramatizações, demonstrações práticas, rodas de conversa e atividades sensoriais podem favorecer a participação.

É importante garantir que a adaptação não infantilize adolescentes ou jovens com deficiência.

O conteúdo precisa respeitar idade, autonomia e experiência de vida.

5.8 Saúde sexual como direito

Um dos temas que exige maior atenção é a saúde sexual e reprodutiva.

A exclusão de estudantes com deficiência dessas discussões pode aumentar as vulnerabilidades.

Informações sobre corpo, limites, consentimento, relacionamentos, prevenção de IST e identificação de abuso precisam estar disponíveis em formatos acessíveis.

O PSE inclui saúde sexual e reprodutiva e prevenção de HIV/IST entre suas ações, oferecendo espaço institucional para desenvolvimento deste trabalho.

5.9 Saúde mental, pertencimento e combate ao bullying

A inclusão possui dimensão emocional.

Estudantes que enfrentam discriminação e isolamento podem apresentar sofrimento relacionado à experiência escolar.

A promoção da saúde mental deve, portanto, dialogar com pertencimento, respeito à diversidade e prevenção do bullying.

A escola promotora de saúde precisa ser simultaneamente saudável, segura e inclusiva.

5.10 Formação profissional como desafio

A falta de preparação pode fazer com que profissionais evitem determinadas adaptações por insegurança.

Educação permanente precisa oferecer conhecimentos práticos sobre como produzir materiais acessíveis, comunicar-se e organizar atividades inclusivas.

Não se espera que cada profissional domine todas as tecnologias assistivas, mas que saiba identificar barreiras e buscar apoio adequado.

5.11 Intersetorialidade como condição para inclusão

A complexidade das necessidades demonstra que Saúde e Educação precisam atuar conjuntamente.

Profissionais da APS possuem conhecimentos sobre promoção da saúde; educadores conhecem processos pedagógicos; profissionais do AEE possuem experiência específica com recursos de acessibilidade; famílias conhecem o cotidiano; e estudantes conhecem suas próprias necessidades.

A articulação desses conhecimentos aumenta a possibilidade de construir ações efetivas.

5.12 Participação ativa dos estudantes

A inclusão precisa reconhecer protagonismo.

Perguntar ao estudante qual recurso facilita sua compreensão pode ser mais adequado do que presumir suas necessidades.

A participação também pode ocorrer na escolha dos temas de saúde que serão trabalhados.

Essa abordagem fortalece a autonomia e aproxima a educação em saúde de uma perspectiva dialógica.

5.13 Acessibilidade digital

A crescente utilização de tecnologias exige atenção à acessibilidade digital.

Documentos em formato de imagem sem descrição, vídeos sem legendas e plataformas incompatíveis com tecnologias assistivas podem criar novas formas de exclusão.

Materiais digitais devem ser avaliados antes de sua utilização.

A transformação digital só representa avanço inclusivo quando aumenta, em vez de restringir, o acesso.

5.14 Avaliação das ações educativas

Outro aspecto importante corresponde à avaliação.

Não basta registrar que determinada atividade foi realizada. É necessário verificar se os estudantes conseguiram participar e compreender.

Indicadores podem considerar participação, acessibilidade dos materiais, satisfação, compreensão e identificação de barreiras.

Estudantes com deficiência devem ser incluídos nessa avaliação.

5.15 Perspectivas para uma escola promotora de saúde inclusiva

As perspectivas atuais apontam para uma abordagem que integre promoção da saúde e inclusão desde o planejamento.

Orientação recente da OMS sobre escolas promotoras de saúde enfatiza equidade, acesso, qualidade e abordagem envolvendo toda a escola.

Nesse modelo, a acessibilidade deixa de constituir responsabilidade de um profissional específico e passa a integrar a cultura institucional.

O objetivo não é criar uma educação em saúde separada para estudantes com deficiência, mas desenvolver uma educação em saúde suficientemente flexível para incluir a diversidade humana.

6 Considerações finais

O presente estudo permitiu compreender que inclusão e acessibilidade constituem dimensões essenciais para a qualidade das ações de educação em saúde desenvolvidas no ambiente escolar.

Garantir matrícula e presença do estudante não é suficiente quando persistem barreiras que impedem compreensão, comunicação, participação e autonomia.

A educação em saúde inclusiva precisa considerar diferentes formas de perceber, compreender e interagir com as informações. Recursos acessíveis, tecnologias assistivas e metodologias diversificadas podem contribuir significativamente para esse processo.

Entretanto, a acessibilidade não deve ser reduzida à disponibilização de recursos técnicos. Barreiras atitudinais, preconceito, capacitismo e baixa expectativa sobre as capacidades dos estudantes também precisam ser enfrentados.

O Programa Saúde na Escola constitui importante oportunidade para fortalecer essa perspectiva por estabelecer articulação permanente entre Saúde e Educação.

A atuação conjunta com o Atendimento Educacional Especializado pode contribuir para identificação de barreiras e seleção de recursos adequados, enquanto a participação das famílias pode fornecer informações relevantes sobre as necessidades dos estudantes.

Todavia, o próprio aluno deve permanecer no centro das decisões. Consultá-lo sobre suas necessidades e preferências fortalece autonomia e evita que a inclusão seja construída exclusivamente a partir da perspectiva dos profissionais.

A capacitação permanente das equipes de saúde e educação constitui condição indispensável. Profissionais precisam desenvolver competências para reconhecer barreiras, utilizar recursos acessíveis e construir ações que respeitem a diversidade.

Temas como saúde mental, sexualidade, alimentação, atividade física, prevenção das violências e autocuidado precisam alcançar os estudantes com deficiência com a mesma qualidade e seriedade destinada aos demais.

Conclui-se que educação em saúde inclusiva não significa elaborar ações paralelas para determinados alunos, mas transformar o planejamento para que a diversidade seja considerada desde o início.

Nesse sentido, acessibilidade deve ser compreendida como indicador de qualidade. Uma ação educativa somente pode ser considerada verdadeiramente efetiva quando todos os estudantes possuem condições reais de acessar informações, participar, desenvolver conhecimentos e exercer autonomia sobre sua própria saúde.

Fortalecer a integração entre saúde, educação, famílias e estudantes representa, portanto, caminho estratégico para construção de escolas promotoras de saúde mais equitativas, acessíveis, acolhedoras e comprometidas com o direito de todas as pessoas à educação e à saúde.

Referências

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: Portal da Legislação Federal. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: Portal da Legislação Federal. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: Portal da Legislação Federal. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. Brasília, DF, 2017. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola: ações do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Revisão e atualização do Caderno Temático do Programa Saúde na Escola (PSE): “O que é Deficiência”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria MEC nº 421, de 15 de maio de 2026. Dispõe sobre a Política Nacional de Educação Especial Inclusiva e sobre a Rede Nacional de Educação Especial Inclusiva. Brasília, DF: MEC, 2026. Disponível em: Sistema MEC Normas. Acesso em: 27 ago. 2026.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Atendimento Educacional Especializado (AEE). Brasília, DF: Inep, 2026. Disponível em: Inep. Acesso em: 27 ago. 2026.

COSTER, Wendy et al. School participation, supports and barriers of students with and without disabilities. *Child: Care, Health and Development*, v. 39, n. 4, p. 535-543, 2013.

EMERSON, Eric et al. The health of disabled people and the social determinants of health. *Public Health*, v. 125, n. 3, p. 145-147, 2011.

KRAHN, Gloria L.; WALKER, Deborah Klein; CORREA-DE-ARAUJO, Rosaly. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health*, v. 105, supl. 2, p. S198-S206, 2015. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302182.

Lindsay, Sally; McPherson, Amy C. Experiences of social exclusion and bullying at school among children and youth with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, v. 34, n. 2, p. 101-109, 2012.

MORRISON, Jan et al. Health literacy and people with intellectual disabilities: what we know and what we need to know. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova York: ONU, 2006.

UNESCO. Global education monitoring report 2020: inclusion and education – all means all. Paris: UNESCO, 2020.

UNESCO. Educação em saúde e bem-estar no Brasil. Brasília: UNESCO, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health equity for persons with disabilities: guide for action. Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Good practices on disability-inclusive health: the WHO European framework to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making every school a health-promoting school: implementation guidance for school health services. Geneva: WHO, 2026.